

463
Faculté de Médecine de Paris

ANNÉE 1901

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 3 Juillet 1901, à 1 heure

PAR

Alexandre MARCHAT

Né à Saintes (Charente-Inférieure) le 2 septembre 1875.

DES
KYSTES HYDATIQUES
DES REINS

Président : M. TILLAUX, professeur.

Juges : MM. DELENS, professeur.

DELBET et SÉBILEAU, agrégés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites
sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

Imprimerie de la Faculté de Médecine

L. BOYER

15, RUE RACINE, 15

1901

Faculté de Médecine de Paris

ANNÉE 1901

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 3 Juillet 1901, à 1 heure

PAR

Alexandre MARCHAT

Né à Saintes (Charente-Inférieure) le 2 septembre 1875.

DES

KYSTES HYDATIQUES

DES REINS

Président : M. TILLAUX, professeur.

Juges : MM. DELENS, professeur.

DELBET et SÉBILEAU, agrégés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites
sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

Imprimerie de la Faculté de Médecine

L. BOYER

15, RUE RACINE, 15

1901

UNIVERSITÉ DE PARIS — FACULTÉ DE MÉDECINE

Doyen : M. BROUARDEL.

PROFESSEURS

Anatomie, MM. FARABEUF. — Physiologie, CH. RICHEL. — Physique médicale. GARIEL. — Chimie organique et chimie minérale, GAUTIER. — Histoire naturelle médicale, BLANCHARD. Pathologie et thérapeutiques générales, BOUCHARD. — Pathologie médicale, HUTINEL, BRISSAUD. — Pathologie chirurgicale, LANNELONGUE. — Anatomie pathologique, CORNIL. — Histologie, MATHIAS DUVAL. — Opérations et appareils, BERGER. — Pharmacologie et matière médicale, POUCHET. — Thérapeutique, LANDOUZY. — Hygiène, PROUST. — Médecine légale, BROUARDEL. — Histoire de la médecine et de la chirurgie, N. — Pathologie expérimentale et comparée, CHANTEMESSE.

Clinique médicale, MM. JACCOUD. HAYEM, DIEULAFOY, DEBOVE. — Clinique des maladies des enfants, GRANCHER. — Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale, JOFFROY. — Clinique des maladies syphilitiques, FOURNIER. — Clinique des maladies du système nerveux, RAYMOND. — Clinique chirurgicale, TERRIER, DUPLAY, LE DENTU, TILLAUX. — Clinique ophtalmologique, PANAS. — Clinique des maladies des voies urinaires, GUYON. — Clinique d'accouchement. BUDIN, PINARD. — Clinique gynécologique, POZZI. — Clinique chirurgicale infantile, KIRMISSON.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD	DESGREZ	LEGUEU	TEISSIER
ALBARRAN	DUPRE	LEJARS	THIERY
ANDRÉ	FAURE	LEPAGE	THIROLOIX
BONNAIRE	GAUCHER	MARFAN	THOINOT
BROCA Auguste	GILLES DE LA	MAUCLAIRE	VAQUEZ
BROCA André	TOURETTE	MÉNÉTRIÉR	VARNIER
CHARRIN	HARTMANN	MERY	WALLICH
CHASSEVANT	HEIM	REMY	WALTER
DELBET	LANGLOIS	ROGER	WIDAL
	LAUNOIS	SEBILEAU	WURTZ

Chef des Travaux anatomiques..... M. RIEFFEL

Par délibération, en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle entend leur donner aucune approbation ni improbation.

▲ MON PRÉSIDENT DE THÈSE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR TILLAUX

Chirurgien des Hôpitaux

Membre de l'Académie de médecine

Commandeur de la Légion d'honneur



Digitized by the Internet Archive
in 2026

Table Analytique des Matières

	Pages
HISTORIQUE.....	7
ETIOLOGIE.....	9
Rareté.....	11
Causes de cette rareté.....	12
Pathogénie.....	12
Influences accessoires.....	12
Age, sexe.....	12
Traumatisme, observations I et II.....	15
ANATOMIE PATHOLOGIQUE.....	23
Siège. — Kystes rénaux.....	23
Kystes pararénaux, observation III.....	24
Caractères morphologiques.....	26
Rapports de la tumeur.....	26
Modification du rein.....	27
Modification de la tumeur.....	27
Poche.....	28
Contenu.....	28
Etat des voies urinaires inférieures.....	28
SYMPTOMES.....	29
Leur peu de valeur.....	29

Symptômes fonctionnels	30
Symptômes physiques.....	31
MARCHE	35
Indolence.	33
Longue durée.....	33
Possibilité d'accidents.....	33
COMPLICATIONS.....	35
Suppuration ..	35
Ses causes..	35
Ses signes.....	35
Rupture. — Observations IV et V.....	33
DIAGNOSTIC.....	43
Valeur des hydatides dans les urines. — Obser- vations VI et VII.....	44
Est-ce une tumeur rénale ? ..	43
Quelle variété de tumeur rénale ?..	49
Critique de la ponction exploratrice.	50
PRONOSTIC.	57
TRAITEMENT.....	59
Néphrectomie....	59
Néphrotomie. Observations VIII et IX.....	60
Leurs indications... ..	66
CONCLUSIONS.....	73
BIBLIOGRAPHIE.	75



Historique

Après avoir été longtemps confondus par les anciens auteurs avec les autres kystes du rein, ainsi qu'il résulte des nombreuses observations recueillies dans la thèse de Braillon, les kystes hydatiques du rein prirent définitivement place dans la littérature médicale avec la thèse de Béraud sur les hydatides du rein.

Depuis lors : outre les travaux d'ensemble portant sur la question de l'échinococcie en général comme ceux de Davaine, Livois, Finsen, Neisser et Thomas ; sur le traitement chirurgical comme celui de Bœckel ; on trouve les mémoires de Lejars, de Houzel ; quelques thèses, en particulier celles de Braillon et Roche et des observations encore peu nombreuses témoignant de la rareté de l'affection qui nous occupe.



Etiologie

Si l'on examine les différentes statistiques qui ont été publiées sur les kystes hydatiques on constate qu'après le foie qui détient le record de la fréquence, avec près de la moitié des cas; arrive immédiatement le poumon. Le rein ne figure que 30 fois sur 566 cas recueillis par Davaine, 3 fois sur 255 par Finsen, 80 sur 983 par Neisser, 2 fois sur 307 par Thomas; ce qui donne comme fréquence totale : 2111 cas. Soit 5,44 pour 100.

Un fait qui s'impose et qui va nous révéler immédiatement la cause de ce peu de fréquence : c'est que les kystes hydatiques se trouvent le plus souvent dans les organes qui présentent des réseaux capillaires interposés sur la totalité de la circulation, comme le poumon; ou sur une partie, comme le foie, mais sur la partie qui ramène le sang veineux de la portion sous-ombilicale du tube digestif et qui constitue comme l'on sait une voie d'absorption des plus importantes.

L'agent pathogène en effet du kyste hydatique est un ver, très petit puisqu'il mesure à l'état adulte 2 à 5 millimètres de longueur, le *tænia echinococcus* qui habite l'intestin du chien. Là il pond ses œufs microscopiques qui vont avec les déjections de ce fidèle compagnon de l'homme souiller les aliments végétaux que ce dernier ingère sans les soumettre à une cuisson protectrice.

Arrivée dans l'estomac la coque de l'œuf est dissoute, ou elle l'est dans la région duodénale, et Lenc-kart a démontré qu'il suffisait de 4 à 5 heures aux liquides intestinaux pour arriver à ce résultat.

Ce processus a pour résultat de mettre en liberté un petit embryon dit hexacante qui pourvu d'une couronne de crochets va prendre diverses voies.

Ou bien il suivra la filière du tube digestif et sera éliminé avec les fèces.

Ou bien il sera absorbé comme les autres produits de la digestion et comme eux prendra les diverses voies qui leur sont offertes. Par la voie veineuse qui est probablement la plus fréquemment empruntée, l'embryon sera rapidement arrêté par le barrage capillaire du foie. Cependant s'il emprunte un capillaire un peu plus large, s'il est de taille un peu plus petite, ou si surtout il gagne une des nombreuses voies dérivatives du système porte, il pourra atteindre la circulation générale et avant d'être lancé dans le courant artériel, devra encore traverser le réseau capillaire

pulmonaire. Ce n'est qu'après avoir évité ces deux obstacles que l'embryon se fixera au hasard dans un organe quelconque ; et on comprend dès lors son arrêt bien plus fréquent dans le foie ou le poumon.

Par la voie lymphatique, l'embryon peut se fixer dans le mésentère ou gagner les réseaux voisins, ou aussi le canal lymphatique et faire retour à la grande circulation.

Il est un autre mode de pénétration dans les organes qui a été défendu par Kuchenmeisk, Leuckart, Davaine, Van Beneden : c'est la pénétration directe par effraction à travers les parois des organes « l'embryon joue de ces crochets comme un homme joue des coudes pour se frayer un chemin « à travers une foule » (Blanchard). Ou encore : « L'embryon fait, avec ses crochets, le mouvement « d'un homme qui veut passer par une fenêtre. » Létienne vient récemment encore de défendre aussi ce mode de pénétration.

L'embryon gagne alors directement un autre organe voisin et s'y fixe.

Nous voyons donc que le parasite ne pourra être arrêté par le filtre rénal qu'après un long voyage, ce qui explique la rareté de sa localisation dans cet organe. Au-devant du rein s'étale le péritoine, nous verrons que ce péritoine prérénal peut être, lui aussi envahi par le parasite et donner une variété encore

plus rare de kyste pararénale donc nous rapporterons une observation inédite.

Pourquoi certains individus font-ils des kystes hydatiques du rein à l'encontre de tant d'autres qui vivent souvent dans les mêmes conditions.

Tout d'abord, et avec tous les auteurs, rappelons l'influence indéniable de la cohabitation avec des chiens que l'on trouve rapportée dans presque toutes les observations. A ce point de vue l'Islande est restée la terre classique des kystes hydatiques. — Houzel signale un cas curieux d'infection qu'il attribue à l'habitude singulière qu'avait le malade de manger des mouches. Point n'est besoin cependant d'invoquer toujours la présence des chiens ; il suffit de songer que de nombreux aliments végétaux que nous mangeons crus, ont pu être souillés par des déjections canines, pour comprendre qu'on pourra trouver des kystes hydatiques aussi bien chez des paysans, que chez des « bourgeois de Paris qui se sont infectés en mangeant des radis » (J.-L. Faure).

L'âge n'a aucune importance ; quant au sexe, il semble que ce soient surtout les femmes qui soient le plus souvent atteintes : dans nos observations c'est le contraire.

L'influence des causes accessoires et en particulier du traumatisme a été très discutée. Etant donné la tendance très explicable qu'ont les profanes à tout rapporter à une cause qui leur tombe facilement sous

les sens ; on a admis longtemps que le trauma pouvait faire éclore toutes sortes de maladies. Par une réaction poussée à l'excès, la découverte de l'origine parasitaire réduisit cet agent provocateur à un rôle sinon nul du moins très secondaire.

Cependant Boncour dans sa thèse de doctorat en 1878 disait ceci ;

« Tout traumatisme peut produire soit un épanchement sanguin, soit une fracture, soit un léger mouvement fluxionnaire.

« Dans le cas d'un épanchement sanguin, les embryons du tœnia, entraînés dans le torrent circulatoire, peuvent parfaitement en même temps que les globules sanguins sortir du vaisseau qui les contient et s'épancher au niveau du point contus ; et l'épanchement sanguin qui au moment de la contusion ne forme qu'une bosse sanguine, est remplacé plus tard par un kyste hydatique.

« Dans le cas de fracture, le mécanisme peut être le même : car il n'y a pas de fracture sans épanchement sanguin.

« S'il s'agit d'un mouvement fluxionnaire, il y a un afflux plus considérable de sang et l'embryon de tœnia a plus de chance de s'arrêter à ce niveau. »

Danlos admettait encore plus l'influence de la fluxion traumatique.

Martinet donne une observation très nette du kyste

hydatique des membres supérieurs développé à la suite d'un traumatisme.

Bobrie enfin l'admet aussi.

Kirmisson en 1883 rapporte une observation de kyste hydatique suppuré avec un trauma dans les antécédents du malade. Il admet très volontiers l'influence du traumatisme sur la localisation de l'embryon, et pour son observation conclut à un traumatisme ayant déterminé non pas la localisation, mais l'accélération de la tumeur kystique.

Voici deux observations dont l'une très nette nous montre l'influence du trauma; et l'autre cette même influence représentée par la présence de calculs rénaux.



Observations

OBSERVATION I

Loumeau. 1899. — Annales des maladies des organes
genito-urinaires.

Kyste hydatique suppuré du rein gauche développé à la suite d'une violente contusion lombaire chez un sujet atteint huit ans auparavant d'un abcès du foie provoqué par un traumatisme de l'hypochondre droit. — Néphrotomie lombaire. — Guérison.

Histoire du malade. — M..., Paris, marchand de charbon, sec, maigre, n'ayant jamais habité les pays chauds, sans aucun antécédent morbide héréditaire ou personnel. Père de 7 enfants en bonne santé, vivant comme eux en promiscuité continuelle avec trois ou quatre chiens qui séjournent, mangent et dorment dans le même appartement que les membres de la famille.

Il y a 11 ans, à la suite d'un choc violent reçu à la base droite du thorax, survint la formation progressive d'un abcès du foie, développé sur la face convexe de l'organe

et que je guéris par l'ouverture, en deux temps, de la cavité purulente. Dans le pus abondant de l'abcès évacué je ne constatai rien d'anormal et mis, faute d'explication pathologique meilleure l'apparition de cet abcès sur le compte de la contusion subie. Je perdis ensuite le malade de vue et ne le rencontrai qu'à de rares intervalles où il m'était permis de constater le maintien de la guérison et l'exubérant état de sa santé.

En mars 1896, huit ans après l'abcès du foie, le malade tomba à la renverse d'une hauteur de trois mètres, et, dans sa chute, il heurta sa région lombaire gauche contre le bord d'une échelle. Immédiatement après l'accident, la première urine rendue fut teintée de sang, phénomène qui caractérisa toutes les mictions pendant deux jours. D'ailleurs pas la moindre gêne, ni la moindre douleur dans l'émission des urines, laquelle avait lieu avec sa fréquence habituelle.

La douleur lombaire très aiguë au moment de l'accident s'atténua fortement après l'application de vingt sangsues et s'éteignit progressivement pour disparaître tout à fait au bout d'un mois. Mais à partir de ce moment des phénomènes nouveaux apparurent, d'autant plus troublants pour le malade qu'il n'avait jamais eu le moindre accident urinaire, pas plus que vénérien. L'urine louche d'abord devint peu à peu franchement purulente ; en même temps que le rein, après un répit de 5 à 6 mois, recommença à devenir douloureux. L'amaigrissement, l'inappétence, un malaise fébrile à peu près continuels ; de petits frissons apparaissant chaque soir et s'ajoutant à l'altération des urines, décidèrent le malade à me consulter le 16 décembre 1898.

Il présentait à ce moment tous les signes d'un abcès du

rein gauche. Cet organe augmenté de volume était très douloureux à la pression. Les urines contenaient un pus épais, phlegmoneux, au milieu duquel l'œil ne décelait aucune membrane rappelant les vésicules hydatiques. Le rein droit, la vessie, la prostate et le canal étaient intacts. La cicatrice de l'abcès du foie était indolente et de ce côté je ne retrouvais aucun indice suspect pouvant faire croire à une relation quelconque entre les phénomènes actuels et l'ancienne suppuration hépatique depuis longtemps guérie. Je proposais immédiatement la néphrotomie lombaire destinée à évacuer l'abcès rénal que je mettais, comme autrefois l'abcès du foie sur le compte du traumatisme accusé par le malade.

Néphrotomie lombaire le 21 décembre 1898. Par l'incision recto-curviligne de Guyon menée sur le bord externe de la masse sacro-lombaire, je découvre facilement le rein qui est très gros et adhère fortement à la capsule graisseuse surtout au niveau de sa partie moyenne qui est plus saillante, dépressible et paraît le siège principal de la collection purulente.

Après fixation des lèvres de la capsule aux lèvres correspondantes de l'incision cutanée, j'attire le rein au dehors et le fends verticalement sur son bord convexe dans toute sa hauteur. Un flot de pus épais, gluant et fétide s'en échappe et évacue une cavité qui a le volume d'un œuf de poule et occupe le tiers moyen de l'organe. Elle s'étend de la surface externe dont la sépare une coque corticale de trois millimètres d'épaisseur jusqu'au bassin et avec lequel elle communique par un orifice large comme une grosse lentille.

Les parois de l'abcès sont inégales et accidentées de dépôts purulents. Dans la cavité elle-même, je trouve mélangée

au pus une foule de petites vésicules larvées, entières, grosses comme des noyaux de cerises, les autres ouvertes et réduites à l'état de minces membranes : ce sont de hydatides.

Toutes sont libres, dans l'abcès, aucune n'adhère à ses parois. Le reste du rein paraît sain et sa surface de section ne me montre aucun point suspect ; la conservation de l'organe s'impose.

Après un nettoyage des parois de la poche que je lave abondamment à la liqueur de Van Swieten j'introduis un gros drain qui pénètre profondément dans le bassinnet. En haut et en bas je ferme par une suture le rein dont le tiers moyen, maintenu béant, a ses deux lèvres suturées aux bords correspondants de la plaie lombaire, après excision de la capsule adipeuse.

Au-dessus et au-dessous des drains jè suture la plaie que je recouvre d'un épais pansement aseptique.

Les suites opératoires ne présentent rien d'intéressant. La température n'a jamais atteint 38 degrés : l'état général est d'emblée redevenu satisfaisant.

Le 4 janvier 1899 j'enlève les points de suture et mets un drain plus petit qui fut retiré définitivement le 11.

A partir du 1^{er} février la plaie lombaire qui tout en bourgeonnant progressivement avait jusque là laissé couler l'urine ne mouille plus les pièces du pansement.

Le 16 février la cicatrisation est complète et définitive. Depuis ce moment la miction est restée normale. Quant aux urines elles ont gardé jusqu'au mois de mai un léger trouble ; j'ai prescrit du salol, du lait et de l'eau d'Evian. Peu à peu elles ont recouvré leur limpidité parfaite.

Le malade que j'ai revu le 11 octobre se porte à merveille. Il a engraisé, ne souffre pas plus de sa cicatrice lombaire que de celle consécutive à son abcès hépatique.

OBSERVATION II

Loumeau, 1899. — Annales des maladies des organes
génito-urinaires

Kyste hydatique du rein gauche développé à la suite de la lithiasc oxalique et ouvert dans le bassinet depuis plus de 20 ans. — Expulsion périodique des hydatides par l'urètre. — Absence d'accidents.

Histoire du malade. — B..., 57 ans, propriétaire, habitant la campagne, sans antécédents héréditaires dignes d'être notés. Toute son histoire pathologique remonte à l'âge de 14 ans. A cette époque, il fut pris spontanément d'une hématurie légère, bientôt suivie d'une colique néphrétique gauche, terminée par l'émission urétrale d'un petit calcul jaunâtre, à surface rugueuse.

Depuis cette première crise, apparition fréquente de crises identiques, évoluant et se terminant de la même manière : hématurie, colique, expulsion de graviers, dont les derniers absolument pareils à ceux rendus antérieurement, ont été examinés par le médecin du malade, Monsieur le docteur Eyquem de Saint-Médard-en-Jalles et reconnus par lui de nature oxalique

A l'âge de 37 ans, une colique urétérale gauche apparut, précédée comme les autres d'hématurie, mais plus prolongée, plus violente et s'accompagnant d'une diminution très grande de la quantité des urines. Puis un brusque soulagement se produisit annonçant la chute habituelle du corps du délit dans la vessie et sa prochaine émission par le canal.

Mais au grand étonnement du patient, au lieu d'un calcul c'est une foule de petites masses arrondies, mollasses, consistant en poches à parois minces et remplies d'un liquide clair, du volume d'un pois lorsqu'elles sont entières, plates et informes quand elles sont ouvertes, et dans ce dernier cas, elles ont l'aspect de membranes à surface gluante.

Des crises semblables se produisent deux ou trois fois par an, mais sans jamais entraîner d'accidents suffisants pour légitimer une intervention chirurgicale. Jamais non plus d'urticaire ; jamais le moindre trouble du côté de l'intestin, du foie, des poumons.

Je vois pour la première fois le malade accompagné de Monsieur Eyquem, le 25 juillet 1898.

C'est un homme grand, robuste, au teint coloré, et de belle santé apparente, bien qu'un peu amaigri, me dit-il, depuis quelques mois. Il me fournit les renseignements indiqués plus haut et me montre, contenue dans un flacon l'urine un peu louche et mousseuse qu'il a rendue il y a deux jours à la suite d'une crise plus violente que d'ordinaire. On y retrouve plusieurs poches, pleines ou vides, qui sont des hydatides-type et reproduisent comme configuration et dimensions, toutes celles expulsées précédemment.

A la première inspection du malade, examiné déshabillé, on constate une grande flaccidité du scrotum qui présente

des deux côtés un léger varicocèle, non douloureux, remontant à l'âge de 18 ans. Le flanc gauche paraît, en outre, plus bombé que celui de l'autre côté.

La palpation abdominale, négative au-dessus du pubis et dans tout le côté droit de l'abdomen, éveille du côté gauche une contracture légère de la paroi ; et si l'on augmente la pression on provoque une assez vive douleur dans la moitié supérieure gauche du ventre ainsi que dans l'espace iléo-costal. Dans cette région l'on constate bientôt l'existence d'une tuméfaction profonde, régulièrement arrondie, lisse, résistante et sensible au palper bimanuel, qui donne la sensation d'un choc élastique transmis par la pression de la main qui comprime à la main appliquée contre la partie opposée. La sonorité intestinale recouvre en avant cette tumeur qui, en arrière garde le contact lombaire et qui, par conséquent, est une tumeur rénale.

Le rein droit, est comme l'uretère sous-jacent insensible à la palpation.

Le toucher rectal, négatif, au point de vue prostatique, provoque une légère douleur au niveau de l'extrémité inférieure de l'uretère gauche. L'exploration du canal et de la vessie est négative au point de vue rétrécissement, calcul et tumeur.

Le cystoscope ne montre rien d'anormal soit du côté de la cavité ou des parois vésicales, soit du côté des orifices urétraux. Rien non plus d'anormal dans l'état des autres organes.

Le diagnostic qui s'impose et que je n'ai qu'à répéter après le médecin du malade est évidemment celui de kyste hydatique du rein gauche ouvert dans le bassin. Ce diagnostic repose

sur les symptômes fonctionnels et physiques, sur les hydatides rendues avec l'urine ; il repose aussi sur les antécédents hygiéniques du malade qui sur la question que je lui pose à ce sujet me répond avoir eu toute sa vie autour de lui dans sa maison, vivant pour ainsi dire en famille avec lui plusieurs chiens qui partagent sa nourriture et habitent les mêmes appartements.

La néphrotomie qui me paraît le traitement le plus efficace à proposer n'étant pas acceptée par le patient, qui n'accepterait pas davantage la plus minime intervention telle qu'une ponction, je me contente de conseiller du lait, de l'eau d'Evian, du salol et des toniques généraux.

Le 19 mai 1899, le malade qui depuis l'année dernière a traversé plusieurs crises assez fortes est à peu près dans le même état. Il continue à ne plus rendre de graviers et ne rend exclusivement après chaque colique urétérale que des hydatides ; mais il persiste à refuser toute opération à laquelle il ne se résoudra, dit-il, que contraint et forcé.

Le traumatisme semble donc avoir une influence plus considérable qu'on ne l'a dit jusqu'alors.



Anatomie pathologique

Siège. — Rarement les deux reins sont atteints en même temps, et c'est presque toujours le rein gauche ; il en est de même dans les observations que nous avons recueillies où on ne trouve qu'une fois un kyste hydatique du rein droit. Houzel qui sur 31 cas trouve 20 fois le rein gauche malade, attribue cette localisation à la plus grande brièveté de l'artère rénale gauche.

Plus intéressant est le siège exact de la tumeur par rapport au rein. Dans la très grande majorité des cas c'est le rein lui-même qui est le siège de la formation kystique. Nous trouvons cependant, dans la thèse de Braillon, signalé ce fait que dans une autopsie on a vu un kyste volumineux situé presque sous la capsule du rein et séparé nettement de la substance médullaire par une lame encore épaisse de substance corticale.

Il s'agit donc bien dans ce cas d'un kyste pararénal.

Baldini cite aussi le cas d'un volumineux kyste à échinocoques pararénal et ayant simulé un kyste de l'ovaire.

Ces kystes sont encore plus rares que ne le sont les tumeurs pararénales puisque Heyder, Hildebrand, Pacolick, Albana et Walther qui en rapportent des cas ne signalent pas le kyste hydatique. Aussi sommes-nous heureux de pouvoir rapporter ici une observation inédite de kyste hydatique pararénal due à l'obligeance de MM. Devaux et Renon, internes des hôpitaux de Paris.

OBSERVATION III (Résumé)

(Kyste hydatique du rein)

Il s'agit d'un kyste volumineux développé aux dépens du rein droit chez un vieillard de 74 ans, mort d'une hémorrhagie ventriculaire, et n'ayant jamais présenté de troubles pouvant attirer l'attention du côté de son appareil génito-urinaire.

Macroscopiquement. — Le rein droit complètement déformé et considérablement augmenté de volume forme une masse ovoïde à grand diamètre vertical. Sa coloration n'est pas uniforme. Blanc rosé en avant, elle est brun foncé en arrière et rappelle à cet endroit la teinte du tissu rénal. Le pédicule est situé sur la face postérieure de la tu-

meur. A la coupe il s'écoule des hydatides en grande quantité. Elles étaient contenues dans une vaste poche, dont les parois assez épaisses se présentent avec une structure feuilletée. Pour retrouver le tissu rénal il faut décoller cette paroi sur une certaine étendue des pelotons adipeux voisins, et on arrive alors sur un tissu rougeâtre, comprimé qui forme une lame allant en augmentant de volume et au bout d'une certaine distance on arrive sur le bassinnet, dont les parois sont refoulées par le kyste, mais complètement fermé.

Microscopiquement. — Les coupes de la substance rénale ont montré une atrophie énorme des glomérules qui sont entourés dans leur capsule par un tissu de nouvelle formation très dense et très dur.

La lumière des tubes contournés et des anses de Henlé est considérablement réduite et quant à l'épithélium il est formé de cellules cubiques troubles dont le noyau se colore difficilement. Ces différents éléments sont séparés les uns des autres par du tissu conjonctif proliféré en très grande abondance.

En résumé, il s'agit d'un kyste hydatique qui s'est greffé primitivement en avant du bassinnet, puis qui en augmentant de volume, s'est insinué entre la paroi externe du bassinnet et le rein, a refoulé petit à petit ce dernier et finalement l'a réduit à une mince lame qui recouvre la face postérieure de la tumeur. Les différents éléments constitutifs de la glande se sont atrophiés et finalement le tissu conjonctif tend à envahir et à faire à disparaître les tubes urinaires devenus inutiles.

Caractères morphologiques. — Les kystes hydatiques du rein se présentent sous forme de masses arrondies ou ovoïdes, quelquefois bosselées ; de dimensions variables, de volume variant de celui du poing à celui d'une tête d'adulte. L'aspect extérieur de la tumeur est blanc, lisse, nacré et caractéristique.

Rapports. — La tumeur fait presque toujours saillie en avant ; Bœckel ne note que deux fois une saillie à la région lombaire. Elle partage les rapports du rein et se trouve donc bridée par les colons qui forment leurs angles au devant d'elle et qui nous expliqueront la zone de sonorité si importante, quand elle existe, pour le diagnostic des tumeurs rénales ; nous disons : quand elle existe ; car dans les cas de gros kystes, et cela est fréquent, le colon peut-être complètement aplati et réduit à l'état d'une bandelette formant sangle au devant de la tumeur ; ou bien la tumeur le déborde en dehors et le rejette en dedans. Hare a signalé un cas de kyste rétro-pancréatique.

Mais, et cela est plus important, car une déduction thérapeutique en découle, les kystes peuvent contracter des adhérences avec les organes voisins : intestin, estomac, pancréas. De ces adhérences résulte un signe que nous aurons à discuter à la symptomatologie c'est là mobilité : mobilité provoquée ou spontanée.

On sait en effet combien sont intimes les rapports des reins avec le diaphragme ; les beaux dessins du

professeur Farabeuf dans la thèse de Récamier nous les ont montrés, et Tuffier a insisté sur la mobilité du rein avec le diaphragme, fixé qu'il est à ce muscle par sa capsule fibreuse.

Mais en outre, la tumeur par son poids peut entraîner le rein, ou s'être développé sur un rein déjà en ectopie ; et nous aurons alors affaire à une tumeur non seulement mobile mais encore flottante comme dans le cas de Walter.

Modification du rein. — Le kyste hydatique est une tumeur surajoutée, aussi les troubles qu'il occasionne sont-ils simplement ceux produits par un voisin gênant. Le rein est déformé, refoulé plus ou moins loin, mais jamais détruit. Bien plus, suivant en cela la loi de pathologie générale qui veut que tout organe dont les capacités fonctionnelles diminuent soient immédiatement suppléées par d'autres, le rein opposé s'hypertrophie, de même que les parties restées saines du rein comprimé ; cela est nettement visible dans les cas de néphrotomie et cette constatation nous sera d'un grand poids quand nous discuterons le mode de traitement.

Modifications de la tumeur. — Nous ne rappellerons pas la structure des kystes hydatiques, qui est dans le rein la même que dans tous les organes ; rappelons seulement que les vésicules sont pathognomoniques ; quand elles manquent, le liquide clair comme de l'eau de roche et contenant des crochets ; enfin l'as-

pect en feuillets de livre de la coupe de sa paroi au microscope sont suffisamment caractéristiques pour faire le diagnostic quand il est hésitant.

Plus intéressantes sont les modifications de la poche ou de son contenu. Cette poche peut subir des incrustations calcaires dues à des dépôts de sels de chaux (Obs. IV) et son liquide peut s'infecter et être constitué par du pus. Cette suppuration des kystes hydatiques du rein est particulièrement fréquente et nous en donnerons des observations.

Etat des voies urinaires inférieures. — Elles sont ordinairement saines ; l'uretère est toujours perméable, quelquefois il est compris dans le kyste.



Symptomatologie

C'est une symptomatologie d'emprunt et elle manque souvent. Tumeur surajoutée et localisée en un point où sa présence n'est pas extrêmement gênante, le kyste hydatique du rein ne révèle sa présence que par des signes qui sont presque des complications ; aussi passe-t-il souvent inaperçu et nombreux sont les malades « qu'on enterre avec les échinocoques qu'ils portent. »

Les observations sont fréquentes des trouvailles d'autopsie ; et les rares kystes trouvés pendant la vie ont le plus souvent donné lieu à des erreurs de diagnostic.

Donc pas de signes, le plus souvent ; signes trompeurs quand il y en a ; tel est le bilan de la symptomatologie des kystes hydatiques du rein. Car nous ne pouvons vraiment donner comme tableau symptomatique les cas si rares où le diagnostic a été fait parce qu'un malade pissait des hydatides et avait une tumeur rénale.

Ce n'est que longtemps après son début que la tumeur peut se révéler.

La douleur peut exister ; mais où ne la trouve-t-on pas ; et n'est-ce pas elle qui incite le malade à consulter un médecin. Elle est spontanée, siège dans la région lombaire, peut être exacerbée par la pression ; si elle a débuté brusquement elle peut être l'indice d'une rupture du kyste.

Il n'y a point d'autres manifestations subjectives ; cependant on a vu quelquefois des hématuries, et encore celles-ci, comme les crises de coliques néphrétiques, dont nous parlerons, sont-elles facteurs de la rupture.

Si l'attention est attirée du côté du rein, et nous verrons qu'elle ne l'est guère que lorsqu'il y a des accidents, on peut tout d'abord ne rien trouver.

On sent le rein, et nous ne rappellerons pas les différents procédés d'examen du rein classiques depuis les leçons de Guyon.

Par le palper, on peut, quand la tumeur est d'un certain volume acquérir quelquefois un certain nombre de notions qui nous seront d'une grande importance pour poser le diagnostic.

Et nous répétons encore, on peut quelquefois, car rien n'est plus variable ; parfois c'est une tumeur dure, d'autres fois une tumeur rénitente, parfois même fluctuante que l'on arrive à sentir. Parlerons-nous de ce frémissement hydatique qui, si on le trou-

vait, tirerait d'embarras, mais on ne le trouve presque jamais, autant dire jamais. Il n'en existe qu'un cas (Brodbury).

Le Dentu signale une particularité importante fournie par le palper.

On arriverait dans certains cas à sentir comme annexée à la grosse tumeur formée par la masse kystique une petite tumeur arrondie, lisse, rappelant la forme et la grosseur du rein et qui ne serait autre que le rein. Ce signe serait d'une grande valeur quand on le constate, et l'on comprend qu'il sera d'autant plus net que la tumeur sera plus exorénale ; et que par conséquent c'est dans les cas de kystes paranéphrétiques que l'on aura le plus de chance de le rencontrer.

D'autres constatations nous sont encore fournies par un palper approfondi.

C'est la mobilité plus ou moins grande de la tumeur : c'est enfin sa mobilité dans les mouvements respiratoires. Alors que Simon, Lannelongue, Houzel nient la mobilité respiratoire, Debove, Hinckeldeyn, ont au contraire trouvé cette mobilité et nous avons vu plus haut qu'elle était en effet en relation directe avec les dispositions anatomiques.



Marché

Elle est des plus lentes. Dans les autopsies, où on en découvre, on a le plus souvent affaire à de gros kystes et cela chez des gens âgés.

Le premier malade de Houzel portait son kyste depuis 20 ou 30 ans ; celui de Madelung depuis 16 ans, Pendant cette longue période le kyste est silencieux, mais bien que la guérison spontanée soit possible, le plus souvent il donne lieu aux manifestations suivantes.



Complications.

Ce sont : la suppuration ; la rupture.

Il est fréquent de voir suppurer les kystes hydatiques du rein. Autrefois on ne savait trop comment cette suppuration se produisait. Chauffard et Vidal ayant montré que pour qu'elle se produise, il fallait que la poche kystique fut altérée ; car tant qu'elle résistait, elle était un obstacle à la pénétration des germes tout en laissant dialyser les liquides dans son intérieur ; c'est par la voie sanguine que se fait l'infection ; les tissus refoulés par la tumeur sont un *locus minoris resistentiæ* ; les germes infectieux s'y fixent, s'y développent, gagnent peu à peu la poche et l'envahissent.

Nous trouvons dans les Bulletins de la Société Anatomique un bel exemple de cette suppuration consécutive à une infection puerpérale. Le diagnostic ne fut d'ailleurs fait qu'à l'autopsie.

OBSERVATION IV

Chibret, 1891. — Bulletin de la Société Anatomique de Paris
(Résumé).

Kyste hydatique calcifié du rein droit.

J'ai l'honneur de présenter à la Société Anatomique un kyste hydatique et calcifié du rein droit trouvé à l'autopsie d'une femme morte d'infection puerpérale.

Il s'agit d'une femme de 28 ans, S... Hélène, qui est entrée à l'hôpital Lariboisière, le 25 février 1891, dans le service de M. Duguet.

Elle a fait une fausse couche en ville chez une sage-femme six jours auparavant et elle présente des symptômes bien nets d'infection puerpérale.

L'état de la malade ne s'améliorant pas, on la fait passer dans le service de M. le Dr Peyrot.

Son état est des plus graves.

Suit l'observation complète de la malade qui fait de l'infection puerpérale avec complications pulmonaires, abcès multiples.

Comme on trouve au niveau de la base droite une zone de matité qui persiste, on fait une ponction qui amène du pus. M. Peyrot fait une résection partielle de la 10^e côte pour arriver sur la collection qui est sous-diaphragmatique et dont l'origine n'est pas fixée.

Mort le 9 mars.

Autopsie le 11.

Cavité thoracique : poumon. — Les deux feuillets de la plèvre droite sont adhérents au niveau de l'incision faite pour ouvrir l'abcès sous-diaphragmatique et il n'existe aucune communication entre cet abcès et la cavité pleurale. Cependant la plèvre renferme un peu plus de liquide et ses deux feuillets sont recouverts d'un léger exsudat fibrineux.

Cavité abdominale. — Nous examinons d'abord le foie qui est très volumineux et déborde de trois travers de doigts les fausses côtes. En soulevant l'extrémité inférieure du lobe droit du foie, nous nous trouvons en présence d'une tumeur très dure, arrondie, qui adhère à la glande hépatique, mais qui semble au-dessous du péritoine se continuer avec le rein.

Le tissu cellulaire sous-péritonéal, que nous incisons pour décortiquer la tumeur, est infiltré de pus d'une odeur infecte et tout le tissu conjonctif entourant le néoplasme et le rein a subi également une infiltration purulente. Le pus qu'on trouve à ce niveau est séreux, grisâtre, extrêmement fétide.

Il descend en bas en longeant le psoas jusque dans la fosse iliaque droite.

En arrière on constate facilement que l'incision opératoire faite par M. Peyrot au niveau de la base droite du thorax, est venue ouvrir cette infiltration purulente qui ne pouvait trouver par cette voie étroite et située d'ailleurs à son point le plus élevé qu'un écoulement insuffisant. La masse dure que l'on avait sentie par cette incision, était évidemment le néoplasme que nous avons maintenant sous les yeux.

Ayant enlevé le foie, la tumeur et le rein droit d'une seule

pièce, nous avons pu, après avoir disséqué ces différents organes, constater les détails suivants :

La tumeur est constituée par une partie calcifiée à parois mesurant environ 3 mm. d'épaisseur. Elle a à peu près le volume des deux poings et sa forme est assez exactement celle d'un ovoïde à grosse extrémité dirigée en haut et répondant à l'extrémité inférieure du lobe droit du foie, dont elle se laisse facilement séparer. Au contraire sa petite extrémité pénètre comme un coin dans le rein droit qui l'entoure complètement et dont le tissu lui adhère intimement. Elle descend un peu au-dessous du milieu de l'organe qu'elle déforme notablement.

Elle n'a aucune connexion avec le bassinot qui est refoulé en dedans et en arrière et qui ne présente pas plus que l'uretère du côté correspondant, de lésions.

La capsule propre du rein se continue au devant du néoplasme dont elle recouvre complètement la surface. D'autre part, la capsule surrénale correspondante est retrouvée à la face postérieure de la tumeur. Il s'agit donc bien d'un néoplasme rénal.

En arrière au niveau précisément de la capsule surrénale, la paroi de la poche kystique n'est plus calcifiée sur une faible étendue, et à ce niveau le foyer de suppuration péri-kystique et périrénal paraît être en communication directe avec le contenu du kyste.

Ce contenu est formé par du pus très épais, d'une odeur infecte, au milieu duquel sont de nombreuses fausses membranes translucides. Beaucoup de ces membranes forment de petites poches flasques et ridées qu'on reconnaît facilement pour être des vésicules hydatiques modifiées. La struc-

ture de ces membranes, examinées au microscope, présente d'ailleurs l'aspect caractéristique des parois des hydatides.

La surface interne de la poche kystique est lisse, sans aucune irrégularité.

Nous avons donc affaire à un kyste hydatique calcifié du rein droit avec suppuration intra péri-kystique.

Le rein droit d'ailleurs ne paraît présenter que peu d'altération, mais l'état très avancé de putréfaction du cadavre, surtout en ce point, ne permet qu'un examen insuffisant.

Le foie est très gras. Il présente au niveau de l'extrémité inférieure du lobe droit un abcès métastatique situé en plein parenchyme et du volume d'une noix.

Rien d'intéressant dans les autres organes,

Une autre cause de suppuration, qu'on ne doit plus voir actuellement, est l'infection directe par le médecin. Une ponction sale en était responsable.

Cette suppuration s'annonce par ses signes habituels : à savoir de la douleur, des frissons et de la fièvre.

Lannelongue a signalé en 1887 un kyste suppuré ou on avait trouvé du pus et des gaz.

L'autre évolution des kystes hydatiques du rein est la rupture : rupture qui peut se produire pour un kyste non suppuré ou pour un kyste suppuré.

Cette rupture peut se faire soit dans le péritoine, soit dans les organes creux voisins, soit enfin dans

la plèvre, ou dans le poumon et alors le kyste s'élimine par vomique.

La rupture s'annonce généralement par une douleur localisée à la région lombaire et par des signes en rapport avec les organes dans lesquels elle se fait.

La rupture dans le péritoine donne des signes variables suivant le contenu du kyste. Est-il aseptique, on peut avoir simplement des accidents d'intoxication ; et à ce propos se trouve soulevé le problème de la greffe des vésicules et de la possibilité pour une tête de tœnia de reconstituer un kyste. Cette discussion soulevée par Létienne, vient d'être reprise par Ferval, dans sa thèse sur les kystes hydatiques intrapéritonéaux ; elle ne rentre pas dans le cadre de notre sujet. Si le kyste est suppuré, on a des accidents de péritonite septique rapidement mortels.

La rupture dans les voies digestives peut ne s'accompagner d'aucun accident ; on trouve des hydatides dans les selles et si le kyste était aseptique il est infecté par la flore intestinale.

La rupture dans les plèvres donne lieu à un épanchement immédiatement abondant ; mais comme pour les variétés précédentes, la rupture n'ayant lieu que pour des kystes déjà suppurés, on a une vomique.

OBSERVATION V

De Gorssé et Moret, 1896. — Bulletin de la Société
Anatomique de Paris

— Kystes hydatiques de la plèvre et du rein.

Il s'agit d'une jeune femme de 19 ans atteinte de kystes hydatiques de la plèvre et du rein.

Le kyste hydatique de la plèvre, d'une capacité de deux litres et demi environ était flottant dans la séreuse. Il contenait une douzaine d'hydatides, mais était vide de liquide et ne contenait pas de pus.

Au contraire, l'autre kyste, occupait la partie supérieure du rein droit. Du volume d'une grosse pomme, il était suppuré et communiquait à travers le diaphragme et la base du poumon atélectasié avec la bronche inférieure droite par un canal qui présentait au moins le calibre d'une pièce de un franc. Il avait été, trois semaines auparavant, la cause d'une seule vomique très considérable qui ne s'était point renouvelée : la malade n'avait pourtant jamais présenté de troubles urinaires.

L'ouverture à l'extérieur par la voie lombaire a été aussi notée.

Bien plus fréquente est la rupture du kyste dans

le bassinnet ; et dans ce cas la rupture se fait indifféremment que le kyste soit suppuré ou non.

Le signe caractéristique de cette rupture est la présence d'hydatides dans les urines (nous disons caractéristique, mais seulement de la rupture, car nous verrons au diagnostic la difficulté même dans ce cas de trouver le siège du kyste).

Mais avant d'être expulsées, les hydatides donnent lieu à des crises de coliques néphrétiques, quelquefois à de petites hématuries. Puis brusquement la colique cesse, signe que le corps du délit est tombé dans la vessie ; enfin il est expulsé au dehors.

De toutes ces modalités quelle est la plus fréquente et qu'elles en sont la fréquence en bloc ?

Béraud sur 64 cas note 48 fois la rupture.

Puis par ordre de fréquence on trouve la rupture dans le bassinnet, dans l'intestin, le poumon, à la région lombaire.

Le résultat de cette rupture est le suivant : sur 29 cas on trouve 6 guérisons, 6 non guérisons, 7 cas sans renseignements et 10 morts.

L'ouverture idéale est l'ouverture à la région lombaire ; c'est une véritable néphrotomie.

Sur trois cas on trouve trois guérisons. A part les ouvertures dans le bassinnet, les ouvertures dans les autres organes n'ont pas donné de brillants résultats. (4 cas dans le poumon, 4 morts).

Diagnostic

Nous avons vu le peu de signes par lesquels se révèle un kyste hydatique du rein et leur peu de valeur. Aussi le diagnostic en est-il difficile.

Pour le prouver nous n'avons qu'à rappeler les erreurs du diagnostic commis par des cliniciens éprouvés :

<i>Baldini</i>	Kyste de l'ovaire.
<i>Spiegelberg</i>	Kyste de l'ovaire.
<i>Hinckeldeyn</i> . . .	Carcinome de la rate, du rein ou du pancréas.
<i>Nélaton</i>	Kyste hydatique de la rate
<i>Spiegelberg</i>	Kyste du ligament large.
<i>Pick</i>	Kyste du pancréas.
<i>Wagner</i>	Kyste hydatique du foie.
<i>Spencer Wells</i> . .	Lipome du mésentère.
<i>Le Dentu</i>	Hydronéphrose.
<i>Knie</i>	Hydronéphrose.

et pour terminer cette énumération, rappelons le cas

célèbre de Dumontpallier qui prit un kyste hydatique du rein gauche pour une inversion des viscères.

Bœckel sur 28 cas, note 13 erreurs de diagnostic, 4 fois indécision et 11 fois le kyste hydatique fut soupçonné

Quels sont donc les jalons qui nous guideront dans notre marche vers le diagnostic ?

Et d'abord liquidons la question des hydatides rendus dans les urines. Peut-on les considérer comme un signe pathognomonique ?

Le Dentu relate le cas d'une jeune femme ayant eu des crises de coliques néphrétiques et ayant émis des hydatides dans les urines, sans qu'il ait jamais pu trouver la moindre trace de tumeur rénale. Le diagnostic de kyste hydatique rénal était bien probable dans ce cas ; mais il y a des cas où on ne note rien autre chose que l'émission des hydatides.

OBSERVATION VI

Roche (Marseille) 1898. — Annales des maladies des Organes génito-urinaires.

Hydatides rendues avec les urines.

Laurent..., employé, âgé de 50 ans, s'aperçut un jour, il y a 18 ans, que le jet de son urine était brusquement inter-

rompu à certains moments : puis sans douleur, il voyait sortir de son uréthre de petites vésicules de la grosseur d'un grain de raisin, et qui furent reconnus pour des vésicules hydatiques. Cela dura un mois sans que le malade fut autrement incommodé, puis tout disparut, et le malade qui vit encore n'a jamais souffert et n'a jamais vu ce phénomène se reproduire.

OBSERVATION VII

Marie T..., ménagère, 30 ans. Son passé pathologique était indemne de toute affection, lorsqu'il y a un an survinrent des douleurs lombaires avec mictions pénibles et douloureuses : anasarque. — Puis elle vint consulter le Dr Sept.

Sa respiration était haletante ; quelques râles de congestion aux deux bases ; pas de bruit de galop ; hypertension artérielle. Léger œdème des paupières le matin ; douleurs lombaires internes. Polyurie et dysurie. La malade raconte qu'il lui arrive de voir le jet de son urine s'interrompre longuement, puis après de violentes douleurs uréthrales et lombaires, elle expulse de petits corps sphériques, qui se rompent en tombant au fond du vase ; les petits corps ont le volume et l'aspect d'un grain de raisin muscat : ils sont translucides ; lorsqu'ils sont rompus on voit qu'ils sont formés d'une membrane très mince d'aspect nacré, très friable, tremblotante au fond du vase ; le contenu est un liquide clair, transparent, riche en chlorure de sodium, et où nous avons pu reconnaître la présence de nombreux crochets

d'échinocoques. Le malade urinait à ce moment deux litres par jours avec 5 grammes d'albumine.

Trois mois de régime lacté la guérèrent complètement.

On voit d'après ces observations combien parfois le diagnostic peut être difficile ; non plus de la présence d'une tumeur à échinocoques dont la certitude nous est révélée par l'hydatidurie mais de son siège.

Cette tumeur ne peut qu'appartenir à la vessie, au rein, ou aux parties voisines, en particulier au bassin. Les kystes du bassin sont le plus souvent des kystes de l'os iliaque et ont une symptomatologie bien nette étudiée par Chavannay dans sa thèse de Bordeaux et dont l'ouverture dans les voies urinaires n'est qu'un épiphénomène.

Les kystes de la vessie sont d'une rareté extrême ; aussi en présence d'hydatides dans les urines doit-on penser aux kystes rénaux et en rechercher minutieusement les signes. D'ailleurs cette question de diagnostic sera reprise au traitement, car c'est en vue de ce dernier que le diagnostic précis importe.

Ce diagnostic précis sera facile — et ce n'est guère que dans ces cas que nous l'avons vu être posé — lorsque avec l'hydaturie coïncidera une tumeur rénale ayant présenté des caractères d'indolence et de longue durée.

Dans l'examen d'un malade, pour pouvoir arriver à circonscrire le diagnostic dans des limites étroites, il

faut procéder méthodiquement et ne négliger aucun des moyens qui sont mis à notre disposition.

L'interrogatoire du malade, qui est notre premier moyen d'investigation, peut tout d'abord nous donner des renseignements utiles.

Le kyste hydatique se caractérise par une remarquable lenteur dans son évolution ; le second malade de Houzel portait sa tumeur depuis au moins 20 ans. Nous avons vu d'autres cas aussi anciens ; et pendant cette longue période il n'y a rien eu, ou presque rien : quelques vagues douleurs lombaires, un peu de malaise et c'est tout. — On ne note pas non plus de troubles urinaires ; nous avons discuté les coliques néphrétiques.

Cette lenteur d'évolution et cette indolence sont donc une forte présomption en faveur d'un kyste hydatique ; dans tous les cas, elles nous permettent déjà d'éliminer les tumeurs malignes qui sont au contraire caractérisées par une évolution rapide et une atteinte profonde de l'état général.

Si, de l'interrogatoire nous passons à l'examen du malade ; deux cas peuvent se présenter à nous : ou nous avons affaire à une grosse tumeur, ou à une petite tumeur abdominale ; et en discutant ces cas-type nous donnerons les jalons qui nous permettront de nous reconnaître dans celles de moyenne grosseur.

En présence d'un gros ventre, on doit de suite,

chercher la nature physique de la tumeur. Est-elle liquide ? ce que la palpation nous permet de reconnaître, franchement fluctuante ou simplement rénitente ?

Il faut de suite éliminer l'ascite en cherchant la variabilité des zones de sonorité et de matité dans les différents mouvements du malade.

D'où vient cette tumeur ? voilà la question qui nous permettra d'en déterminer le siège.

Chez les femmes il faut de suite songer aux organes génitaux.

La tumeur, a-t-elle poussé de bas en haut ? c'est un kyste de l'ovaire.

A-t-elle des connexions avec l'utérus, et la cavité de ce dernier est-elle agrandie ? C'est probablement un cysto-fibrome.

Cette tumeur semble-t-elle, au contraire, avoir pour ainsi dire, poussé sur place ? est-elle médiane ? il faut songer aux tumeurs du mésentère ; tumeurs qui d'ailleurs présentent une physionomie bien caractéristique : elles sont rétro-intestinales, ce qui nous est révélé par la percussion. De plus ces tumeurs du mésentère sont généralement mobiles, latéralement de droite à gauche et réciproquement.

Les grosses vésicules biliaires poussent de haut en bas : leur matité se continue avec celle du foie et il y a souvent en plus du retentissement hépatique.

Si au lieu de nous donner des caractères d'une

tumeur liquide, la palpation nous donne ceux d'une tumeur solide, toutes les erreurs sont possibles, Dans ces cas d'ailleurs la tumeur est généralement petite et c'est avec le second groupe de cas que nous avons à les examiner.

Dans les cas de tumeurs de petite ou de moyenne grosseur, on la retrouve dans un des flancs; nous aurons donc à nous demander si cette tumeur est pariétale, appartient au pancréas, à la rate, à la vésicule biliaire ou au rein.

Les tumeurs pariétales sont souvent d'un diagnostic difficile; on donne comme signes de ces tumeurs les deux faits suivants : la contraction des muscles de la paroi de l'abdomen les immobilise et les rend plus apparentes. Le premier fait est peut net car la sangle musculaire tendue bride fortement les tumeurs sous-jacentes et les immobilise dans une certaine mesure. Pour le second cas; si la tumeur devient plus saillante, elle est sûrement pariétale mais si elle ne le devient pas, il n'est pas sûr qu'elle ne le soit pas.

Les tumeurs de la vésicule biliaire sont généralement allongées dans le sens vertical; siègent au niveau du bord du grand droit de l'abdomen; leur matité se continue avec celle du foie; on peut les limiter facilement inférieurement; elles ont enfin des signes fonctionnels particuliers.

Les tumeurs de la rate se reconnaissent à ce qu'el-

les sont mobiles avec le diaphragme, arrondies et présentant en bas, un rebord tranchant, et à ce qu'elles donnent enfin une zone de matité étendue. Mais il n'en est pas toujours ainsi ; les tumeurs rénales peuvent être mobiles, la forme peut varier ; une tumeur de la rate peut être recouverte de zone de sonorité et les tumeurs du rein donner de la matité.

Les tumeurs du pancréas sont rares ; elles sont le plus souvent médianes.

Après ces considérations, on en viendra à considérer la tumeur abdominale en question comme ayant son siège très probable dans le rein ; et à ce propos il nous reste à discuter deux signes de grande valeur que les auteurs donnent avec raison comme presque caractéristiques des tumeurs rénales ; le ballottement et la présence d'une zone de sonorité en avant de la tumeur.

Le ballottement rénal s'obtient par le procédé de la double palpation ; est-il caractéristique de la mobilité rénale ?

M. P. Delbet dans ses Cliniques dit ceci : « qu'est-ce qu'il faut pour qu'une tumeur donne lieu au ballottement ?

Deux conditions seulement sont nécessaires : il faut qu'elle s'étende en arrière jusqu'à la fosse lombaire de manière à pouvoir être retoulée par la main postérieure.

Ces deux conditions sont nécessaires et elles sont

suffisantes. Toute tumeur qui se présentera ainsi devra ballotter, quelle que soit son origine.

Le ballottement ne prouve donc nullement à lui seul qu'il s'agisse d'une tumeur rénale. »

Et dans le cas auquel M. Delbet fait allusion et où il avait trouvé du ballottement, il s'agissait d'un kyste hydatique de la vésicule biliaire.

La sonorité en avant des tumeurs du rein est classique et le professeur Tillaux fait de ce signe la base d'une division entre les tumeurs de l'abdomen ; celles qui donnent de la sonorité ; celles qui donnent de la matité.

Il a donc une grosse valeur ce signe, car il est, en effet exact surtout pour les tumeurs petites ou moyennes ; mais nous avons vu qu'en se développant un kyste hydatique du rein pouvait refouler le colon ; ou même simplement l'aplatir et venir se mettre en contact avec la paroi et ainsi induire en erreur non pas seulement au point de vue du diagnostic, mais au point de vue d'une intervention.

Reste la question de la mobilité de la tumeur ; nous avons vu qu'en réalité elle était variable et qu'il ne fallait pas éliminer le rein du fait que l'on constatait des variations de déplacement dans les mouvements du diaphragme.

Nous avons donc affaire à une tumeur rénale. Il nous reste à déterminer la nature de cette tumeur.

Les affections organiques du rein ne prêtent guère à confusion.

Le cancer, outre les hématuries et la tumeur, est assez caractérisé par sa marche rapide et l'atteinte de l'état général ; deux faits, que nous ne retrouverons jamais dans le kyste hydatique.

Il faut se rappeler, cependant, que le kyste hydatique semble souvent former une tumeur dure, qu'il peut s'accompagner d'hématurie et que dans certains cas on a noté du varicocèle.

La tuberculose ne peut présenter de confusion avec ses hématuries, sa pyurie et la présence du bacille de Koch dans les urines.

Les pyonéphroses fermées se caractérisent par une augmentation de volume du rein qui est en même temps douloureux à la pression ; par l'existence d'élévation de température, par les conditions dans lesquelles elle est apparue et, enfin, par le cathétérisme urétéral.

L'affection avec laquelle le kyste hydatique a été le plus souvent confondu est, sans contredit, l'uronéphrose. — Aussi, allons-nous en rappeler sommairement la symptomatologie, d'après M. Albarran.

L'uronéphrose a une marche silencieuse et le malade n'est mis en éveil que par le développement exagéré de son ventre.

On constate alors une tumeur qui ballotte souvent, qui est arrondie, quelquefois irrégulière, renitente,

parfois même fluctuante ; mate à la percussion, sauf quand on trouve encore la sonorité du colon.

On voit combien tout cela ressemble au tableau que nous avons donné du kyste hydatique ; aussi, est-ce en employant les différents procédés d'investigation récents qu'on peut arriver à différencier ces deux affections.

L'examen cystoscopique simple fait constater, dans les uronéphroses fermées, qu'un des orifices uretéraux ne laisse pas passer l'urine. Dans les uronéphroses ouvertes, il permet de voir que l'urine de l'uretère malade s'écoule en bavant et à des intervalles plus espacés que le jet unilatéral du côté sain.

Cet examen est plus facile si on a fait au préalable au malade une injection de bleu de méthylène.

Le cathétérisme urétéral est le plus précieux moyen de diagnostic.

Dans les uronéphroses fermées il indique l'existence et le siège d'un obstacle infranchissable.

Dans les hydronéphroses ouvertes il permet d'arriver jusqu'à l'obstacle et de recueillir l'urine sécrétée dans le rein : souvent on peut pénétrer d'emblée avec la sonde dans la poche rénale et recueillir le liquide qu'elle contient. Toutes les fois que l'urine de la sonde placée dans un bassinnet et l'urine de l'autre rein recueillie dans la vessie présentent une composition semblable, on peut affirmer qu'il n'y a pas d'uronéphrose.

Pour le diagnostic des autres formations kystiques du rein il est peut être encore plus difficile sauf pour le gros rein polikystique qui est bilatéral et dont la surface est bosselée.

Le grand kyste séreux du rein présente les mêmes difficultés que le kyste hydatique et sera fréquemment confondu avec lui,

Enfin, en admettant que le kyste soit reconnu, il est un point qu'on ne devra jamais négliger dans l'examen du malade : c'est l'état fonctionnel du rein. Nous avons vu que Houzel avait pratiqué une néphrectomie sur un malade qui n'avait qu'un rein.

Aussi devra-t-on, toujours avant de pratiquer une intervention, s'assurer par l'examen cystoscopique et le cathétérisme urétéral de l'existence et du bon fonctionnement des deux reins.

Quant à savoir si le kyste est adhérent ou non, cela est à peu près impossible.

Lorsque le kyste est suppuré c'est une autre symptomatologie qui se présente, et les erreurs de diagnostic pour être encore fréquentes ne seront pas les mêmes. Il faudra encore éliminer les pyonéphroses et les abcès périnéphrétiques qui ne donnent d'ailleurs pas du tout les signes d'une tumeur rénale et se produisent dans des conditions déterminées.

Enfin dans les cas de ruptures qui se produisent presque toujours dans les kystes suppurés, la présence d'hydatides ou de leurs débris dans le pus permettra

de penser à la tumeur hydatique; et l'examen complet du malade d'en déterminer le siège; ce qui n'est pas non plus toujours facile, surtout quand l'ouverture se fait soit par le tube digestif, soit par la plèvre: témoin le cas de M. Peyrot, rapporté par nous plus haut.

De toute cette discussion, il ressort que le diagnostic de kyste hydatique du rein est très difficile; et que un procédé de diagnostic serait très utile dans ces cas. On avait cru le trouver dans la ponction exploratrice. Cette ponction était très recommandée, facile, innocente et devait permettre par l'examen du liquide retiré de reconnaître la nature de la tumeur. Mais une réaction s'est faite contre son emploi. On l'a accusée avec juste raison d'être une méthode aveugle et dangereuse, puisque nous avons vu qu'on pouvait blesser l'intestin, atteindre de gros vaisseaux. Enfin, et cet argument a moins de valeur, cette ponction peut entraîner la suppuration. — Malgré cela, si ce moyen était non pas infaillible, mais utile, on pourrait parer à ses inconvénients. Loin de là, il ne permet pas, la plupart du temps de faire le diagnostic. Péan fait une ponction blanche; König obtint un liquide roussâtre sans crochets; Baldini tire par la ponction quatre litres de sérosité citrine.

Le seul moyen de diagnostic certain que nous possédions est l'incision exploratrice: incision qui sera en même temps le premier temps d'une intervention curatrice.

Pronostic

Par tout ce que nous venons de voir, le kyste hydatique est donc une affection peu dangereuse par elle-même ; les trouvailles qu'on en fait à l'autopsie des malades le prouvent. Mais, d'autre part, il ne faut guère compter sur leur guérison spontanée.

Quelle que lente que soit l'évolution de ces kystes, il arrive un moment où ils peuvent entraîner des accidents : suppuration et rupture, ou gêner par leur gros volume.

En présence de cette affection, on ne doit donc pas rester inactif et intervenir avant que les accidents ne se soient montrés.



Traitement

Le traitement des kystes hydatiques du rein a, comme celui des autres affections, été profondément modifié par les procédés récents de la chirurgie. Aussi rappelons-nous simplement les anciens procédés employés autrefois.

De l'acupuncture employée par Cruveilhier et Trouseau on est passé à l'électropuncture avec Sennesla et Dujardin-Baumetz ; puis aux ponctions capillaires, d'abord évacuatrices simples, puis suivies d'injection parasiticide, soit par la méthode de Debove soit par celle de Hanot.

Tous ces procédés sont tombés dans un juste oubli, ils ont d'ailleurs été employés avec succès pour les kystes hydatiques d'organes autres que les reins.

Pour ce dernier, deux procédés sont en présence ; de leur comparaison nous concluons en faveur d'un troisième.

Le premier est la néphrectomie : elle fut soutenue par Beckel qui en posa les indications.

« C'est assurément une opération fort grave qu'il

ne faudrait pas entreprendre à la légère, mais faite dans de bonnes conditions, elle n'offre plus somme toute, les dangers que l'on redoutait il y a quelques années. Grâce à la grande mobilité du rein, à l'absence relative d'adhérences, l'acte opératoire est singulièrement facilité. » Malgré tout, sur 6 cas rapportés par Boeckel il y a 5 morts. Nous y ajouterons le retentissant désastre de Houzel dont le malade n'avait qu'un rein.

Il est absolument illogique en effet de vouloir enlever cet organe qui présente une tumeur qui lui est surajoutée.

Aussi ne voyons-nous que des succès dans la seconde méthode qui est l'incision directe par la voie lombaire ou transpéritonéale, suivie de la marsupialisation.

Nous rapportons deux observations de malades opérés l'un par Houzel par la voie lombaire l'autre par Villeneuve par la voie péritonéale.

OBSERVATION VIII

Houzel, 1898. — Revue de chirurgie.

Kyste hydatique du rein. Néphrotomie lombaire. — Guérison

Le 3 décembre 1896, je fus appelé auprès de M. G..., en proie à une colique hépatique des plus vives.

Agé de 43 ans, pâle, lymphatique, il avait passé toute son existence derrière un comptoir à vendre des étoffes. Vers l'âge de 12 ans, il avait ressenti de la gêne dans le flanc gauche, et à 22 ans, il avait éprouvé pour la première fois une crise dans le genre de celle que je constatai. Depuis il ressentait les mêmes douleurs environ tous les deux ans. Dans ces moments là, ses urines devenaient rares et il éprouvait des douleurs intolérables, dans le flanc gauche, irradiant dans le trajet du cordon et le testicule. — Il vomissait, puis tout d'un coup, il était soulagé après avoir rendu des urines abondantes, entraînant des peaux. Il n'avait pas eu d'autres maladies. Dans l'intervalle de ses crises, il n'était jamais complètement bien ; ces assauts répétés avaient altéré sa santé. — Son flanc gauche restait douloureux ; ses forces avaient beaucoup diminué ; il était dans un état de malaise perpétuel.

Son père était mort à 72 ans, et sa mère à 68 des suites de diabète.

Interrogé sur ses habitudes, il se rappelait qu'étant enfant il avait la manie de manger des mouches.

En l'examinant, je trouvai dans le flanc gauche une tumeur volumineuse, dure, mobile, ne suivant pas les mouvements du diaphragme et faisant saillie du côté du ventre, mais très peu du côté des lombes. Le palper augmentait ses douleurs. Cette tumeur occupait tout le flanc gauche et remontait sous les côtes. Elle avait 16 centimètres dans son diamètre vertical, et un ruban mené horizontalement de sa limite postérieure près du rachis jusqu'à sa limite interne, à trois travers de doigts à droite de la ligne blanche, mesurait 47 centimètres. Elle paraissait d'autant plus volumineuse

que M. G... était de petite taille. Lisse et dure, elle ne se laissait pas déprimer, on n'y sentait pas l'ombre de fluctuation. — En avant une zone sonore prouvait que des intestins se trouvaient entre elle et la paroi abdominale qui était tendue et fortement appliquée contre elle.

Le pouls était à 88, la température à 37°8 ; il n'y avait pas eu de garde-robes depuis 3 jours.

Le 4 et le 5 décembre, le même état persiste et les vomissements augmentèrent.

Le 6, une purgation provoqua une débâcle suivie de soulagement. Une hydatide crevée et deux petites vésicules intactes furent expulsées avec les urines. — Le 7, le soulagement fut notable, cependant la température restant à 38, le malade sans force, était incapable de quitter le lit.

Le diagnostic n'était pas douteux, c'était un kyste hydatique du rein gauche, ouvert dans le bassin.

Le malade le portait probablement depuis 31 et certainement 21 ans, ayant ressenti sa première crise néphrétique sérieuse à l'âge de 22 ans et en ayant aujourd'hui 43.

Dans cet intervalle il avait subi plus de 10 coliques néphrétiques sans qu'il survint d'accidents graves.

Ses urines étaient restées acides, limpides, sans albumine, sauf au moment des accès où elles se troublaient et devenaient rares, mais sans trace de pus.

Ce kyste avait évolué avec une remarquable lenteur ; le malade ayant pu supporter son hôte pendant 20 à 30 ans, sans que sa vie fut mise en péril.

L'étiologie en serait singulière. Le malade avait l'habitude de manger des mouches pendant son enfance. Les mouches vont partout, se posent partout et pour peu qu'elles se soient

trouvées au contact avec des œufs de *tenia echinococcus*, elles doivent en emporter autour de leurs pattes velues. En tout cas, je ne crois pas que cette cause ait été signalée.

Le malade se révolta d'abord, et repoussa l'opération que je lui proposai. Cependant voyant que son état ne s'améliorait pas franchement ; qu'il était incapable de retourner à ses rayons, il se décida à entrer à ma clinique où je l'opérai le 16 décembre 1896 en présence du D^r Brullé, le chloroforme étant donné par le D^r Deseille, et le D^r Lamiot m'aidant.

Mis en garde par ma première opération, je n'avais pas envie de recommencer une néphrectomie ; la néphrectomie me paraissait moins périlleuse et aussi curative.

D'autant plus qu'on peut toujours enlever le rein plus tard s'il cause des accidents ou s'il persiste une fistule intarissable. J'ajoute simplement pour mémoire que le malade avait été soigneusement aseptisé avant l'opération qui fut pratiquée sans le secours d'aucun antiseptique.

Une incision en dehors du carré des lombes, partant des dernières côtes et allant obliquement vers l'épine iliaque antéro supérieure me conduisit rapidement sur la tumeur.

Après avoir écarté avec le doigt un peu de tissu cellulaire, c'est le rein lui-même qui se présente dans la plaie.

Certain du diagnostic, je l'attaquai hardiment avec le bistouri et après avoir incisé l'épaisseur d'environ un centimètre et demi je tombai dans le kyste.

Il n'en sortit pas une goutte de liquide mais une certaine quantité d'hydatides, puis tout s'arrêta. Les deux lèvres de la plaie rénale avaient été saisies par des pinces à griffes, elles furent attirées au niveau de la peau et j'introduisis le doigt

dans la poche pour voir si elle était vidée. Je sentis une masse compacte d'hydatides serrées les unes contre les autres : on eut dit une masse de gélatine à moitié fondue. Le doigt dissociant cette masse, je fis sortir trois litres d'hydatides, variant de grosseur, depuis une noisette jusqu'à un œuf de poule, puis la poche me paraissant vide, j'y injectai plusieurs litres d'eau tiède stérilisée qui ramenait encore quelques hydatides.

Les lèvres du rein ayant été suturées aux muscles et à la peau, le restant de la plaie cutanée fut réuni avec des crins de Florence ; deux gros drains en canon de fusil furent introduits dans le kyste et le tout fut recouvert d'un épais pansement ouaté maintenu par un bandage de corps.

Ce jour là, le malade pissa un litre d'urine trouble, sanguinolente ; rien ne s'écoula par la plaie lombaire.

Le 17 décembre la température monte à 37,5, bien que l'état général fut bon ; le pansement commence à se souiller et à répandre une odeur urineuse.

Le 18 décembre et jours suivants, l'état général est bon ; le pansement est renouvelé deux fois par jour, tellement l'écoulement d'urine est abondant.

Le 24 décembre, ablation des fils un peu de suppuration.

Le 26 décembre, des débris sphacelés de l'hydatide mère se détachent ; on déterge la poche avec des tampons d'ouate. Il y a toujours une abondante émission d'urine par la plaie.

En janvier, la profondeur de la plaie diminue ; les urines s'éclaircissent ; on note une urticaire du dos.

Le 6 février, la plaie est complètement guérie : il y a 51 jours.

J'ai revu mon opéré la guérison s'est maintenue.

OBSERVATION IX

D^r Roche (Marseille), 1898.

Annales des maladies des organes génito-minaires.

Le 9 novembre 1894, entre salle Sainte-Catherine, n° 25, la nommée Marie J... , 38 ans, ménagère.

Depuis 5 mois cette femme se plaint d'une tumeur qui s'est développée dans la fosse iliaque gauche ; elle est restée quelque temps indolore, mais augmentant peu à peu elle détermine une sensation de gêne, de pesanteur dont se plaint beaucoup la malade et la décide à entrer à l'hôpital.

Rien de bien intéressant à noter dans ses antécédents. Réglée à 16 ans, elle l'a toujours bien été. Elle a eu trois grossesses, toutes menées à bonne fin. Rien de plus à noter du côté des reins ; jamais de coliques néphrétiques ; une légère oligurie ; urines normales.

La tumeur dont elle se plaint est volumineuse, siège à l'hypochondre et à l'épigastre ; elle se perd sous la côte à sa partie supérieure ; en bas elle descend jusque près du pubis.

La fluctuation est nette, la matité très sensible. Elle pouvait être mobilisée facilement, les intestins, se plaçant tantôt au devant d'elle et tantôt la côtoyant de chaque côté.

Ne voulant pas s'exposer aux dangers d'une ponction exploratrice, dont nous avons montré ailleurs les inconvénients, M. le professeur Villeneuve se décide pour la laparotomie exploratrice.

Marchat

Incision médianée de 8 centimètres à partir de l'appendice xiphoïde ; la tumeur est rétro-périnotéale ; le colon descendant, le colon transverse la bordent sans y adhérer.

Elle apparaît blanche, nacrée, lisse. La main explorant l'abdomen rencontre, en suivant la face externe du kyste, un organe lisse, uni, le rein, qui continue la tumeur en arrière, le kyste s'étant développé aux dépens de la face antérieure du rein.

Ponction avec un gros trocart ; il s'écoule 1500 grammes d'un liquide clair comme de l'eau de roche et de nombreuses vésicules hydatiques. La poche vidée, l'énucléation est tentée, mais rendue impossible par de nombreuses adhérences, avec les organes voisins, surtout avec l'intestin. Marsupialisation, drainage.

Suites opératoires apyrétiques.

Guérison au 40^e jour.

A la suite d'une discussion à la Société de Chirurgie, en 1897, Peyrot, Championnière, Bazy, furent d'avis qu'il fallait ouvrir simplement la poche et la fixer à la paroi, en un mot, la marsupialiser.

Quelle sera donc d'abord la voie à suivre ?

Si on fait le diagnostic, si la tumeur est de moyen volume, c'est à la voie lombaire qu'il faudra s'adresser. Si au contraire on est indécis ; si on a affaire à une volumineuse tumeur, on devra faire une laparotomie exploratrice et marsupialiser secondai-
rement.

Les résultats obtenus sont excellents ; on ne compte que des succès ; c'est donc une bonne opération qu'on devra pratiquer.

Il n'y a qu'un point noir : c'est la longue durée de la cicatrisation ; nous voyons que les opérés portent une fistule pendant des mois et, étant donné le petit nombre d'observations qui existent encore, il est permis de supposer que comme pour le foie, on peut avoir affaire à des fistules interminables, voir même à des récidives. Aussi en ce temps de chirurgie propre et rapide, est-il permis d'espérer un procédé meilleur. C'est celui que M. Delbet nous indique pour le traitement des kystes hydatiques de l'abdomen ; la suture sans drainage.

L'absence d'observations ne nous permet pas de juger ce procédé qui, dans tous les cas, comme le dit l'auteur lui-même, n'est pas applicable ni aux kystes à parois calcifiées, ni aux kystes suppurés pour lesquels l'opération de choix reste l'incision ou néphrotomie.

Au moment où nous mettons sous presse, nous lisons dans le « Bulletin de la Société de Chirurgie », du 11 juin, une communication de M. Albarran, sur les kystes hydatiques du rein ; après la discussion faite par MM. Bazy, Monod, Tuffier, il conclut ainsi :

« Je n'ai pas voulu traiter ici dans son ensemble la
« question des indications opératoires dans les kystes
« hydatiques du rein ; je n'ai fait que vous présenter
« une pièce qui me paraît intéressante, parce qu'elle
« démontre que, dans certains cas, la néphrectomie
« est une bonne opération. Depuis le mémoire d'Hou-
« zel, qui dans une statistique comprenant 6 néphrec-
« tomies compte 5 morts, il est classique de dire que
« dans les kystes hydatiques du rein il faut pratiquer
« la néphrostomie et non la néphrectomie. Tout der-
« nièrement j'ai dépouillé moi-même les opérations
« de néphrectomie pour kystes hydatiques du rein.
« En ne comptant que les cas que j'ai pu lire, je trouve
« sur 7 néphrectomies transpéritonéales, 5 morts ;
« parmi les deux guéris figure, avec le cas de Boeckel,
« celui de Knie, dont la jeune malade eut une fistule
« stercorale et finit par guérir. La néphrectomie ab-
« dominale est donc, dans ces cas, effroyablement
« grave et je pense que, sauf exception rare, si par
« une erreur de diagnostic ou par les conditions par-

« ticulières de la tumeur, on a cru devoir passer à tra-
« vers le péritoine, mieux vaut faire l'incision de la
« poche que d'essayer l'extirpation.

« Je compte, avec le cas dont vient de nous parler
« M. Tuffier et le mien, quatre néphrectomies lom-
« baires ; les deux autres observations sont celle de
« Potemski et celle de Jerosch. Ces quatre malades
« ont guéri, ce qui prouve bien que la néphrectomie
« lombaire pour kystes hydatiques ne présente pas la
« gravité que l'on croit.

« Je connaissais l'observation de M. Monod, publiée
« dans la « Gazette hebdomadaire » ; ce fut là plu-
« tôt une résection presque totale du kyste qu'une
« résection partielle du rein, mais d'autres chirur-
« giens, Kummel, Burckardt, ont pratiqué avec suc-
« cès la résection partielle du rein. On a fait encore
« dans deux cas l'extirpation de la membrane germi-
« native et le capitonnage de la poche. Ces observa-
« tions appartiennent à M. Lejars et à M. Billot.

« Je crois qu'il faut, dans presque tous les cas,
« choisir pour opérer la voie lombaire et commencer
« par ouvrir le kyste en le débarrassant des hydâti-
« des. Si on peut exécuter le procédé de Delbet, il
« faut le préférer à tout autre : aucune manière de
« faire ne présente plus de garanties opératoires, au-
« cune méthode n'est plus conservatrice du tissu du
« rein. La néphrectomie partielle elle-même est infé-
« rieure au procédé de Delbet ; elle ne pourra d'ail-

« leurs être pratiquée que dans des cas exceptionnels.

« Par malheur aussi on ne pourra pas dans un
« grand nombre de cas, pratiquer l'opération de Del-
« bet, parce que la poche est souvent épaisse, calcifiée
« par places, enflammée.

« Dans ces cas graves, il faut se rendre compte de
« ce que vaut le rein : lorsqu'il y a utilité à conserver
« le rein, parce qu'il n'est pas encore très détruit,
« parce qu'on n'est pas sûr de l'autre rein, et à ce
« point de vue, le cathétérisme urétéral est utile, alors
« il faut ouvrir le kyste, le bien nettoyer, en réséquer
« la partie qu'on pourra. On parle toujours de né-
« phrostomie dans ces cas : souvent ce n'est pas d'une
« vraie néphrostomie, mais d'une incision du kyste
« qu'il s'agit. Voyez ma pièce : j'aurais incisé le kyste,
« non le rein, et l'ouverture étroite qui fait commu-
« quer le bassin dilaté et la poche kystique eût
« persisté.

« Lorsqu'on reconnaît que le rein est détruit il vaut
« mieux, si on le peut sans grand danger, pratiquer
« la néphrectomie que de se borner à l'incision de la
« poche.

« M. Tuffier a raison d'attacher de l'importance à
« l'hydronéphrose : elle contribue souvent à la des-
« truction du rein. Le parenchyme rénal est détruit
« en partie par le développement du kyste, en partie
« encore par la compression qui l'aplatit, ce qui ne va
« pas sans le développement d'une large zone de sclé-

« rose. A tout cela s'ajoute encore la rétention ré-
« nale, hydronéphrose simple ou infectée, qui est
« fréquente, et reconnaît elle-même un double méca-
« nisme ; la compression directe et le déplacement de
« l'uretère d'un côté ; l'obstruction du bassinet et de
« l'uretère par les hydatides de l'autre. A propos de
« ces rétentions rénales, j'insiste sur ce que démontre
« encore la pièce que je vous présente aujourd'hui :
« dans les ramifications ultimes des calices dilatés
« on trouve des hydatides que l'incision du kyste
« n'aurait pu faire sortir.

« Dans des cas semblables, la néphrostomie aurait
« l'inconvénient de donner lieu à une longue suppu-
« ration ; en outre, ce rein qu'on laisse, inutile au
« point de vue fonctionnel, pourrait être une source
« d'accidents septiques ultérieurs.

« Par ces raisons, lorsque le rein est détruit, et l'o-
« pération pas trop grave, il vaut mieux pratiquer
« d'emblée la néphrectomie. Si pendant l'opération
« on voit que les conditions anatomiques rendent
« l'extirpation trop hasardeuse, on se contentera de
« réséquer la portion de la poche qu'on pourra et de
« drainer le reste ».





Conclusions

I. — Les kystes hydatiques du rein sont rares, ils ont la même étiologie que les kystes hydatiques des autres organes ; mais il faut faire au traumatisme une part plus grande.

II. — Il faut distinguer les kystes hydatiques rénaux des kystes hydatiques pararénaux.

III. — Leur symptomatologie est peu marquée ; ils suppurent et se rompent souvent.

IV. — Le diagnostic, facile dans les cas type, est le plus souvent très difficile ; on les prend le plus souvent pour des hydronéphroses.

V. — Tout kyste hydatique du rein doit être opéré.

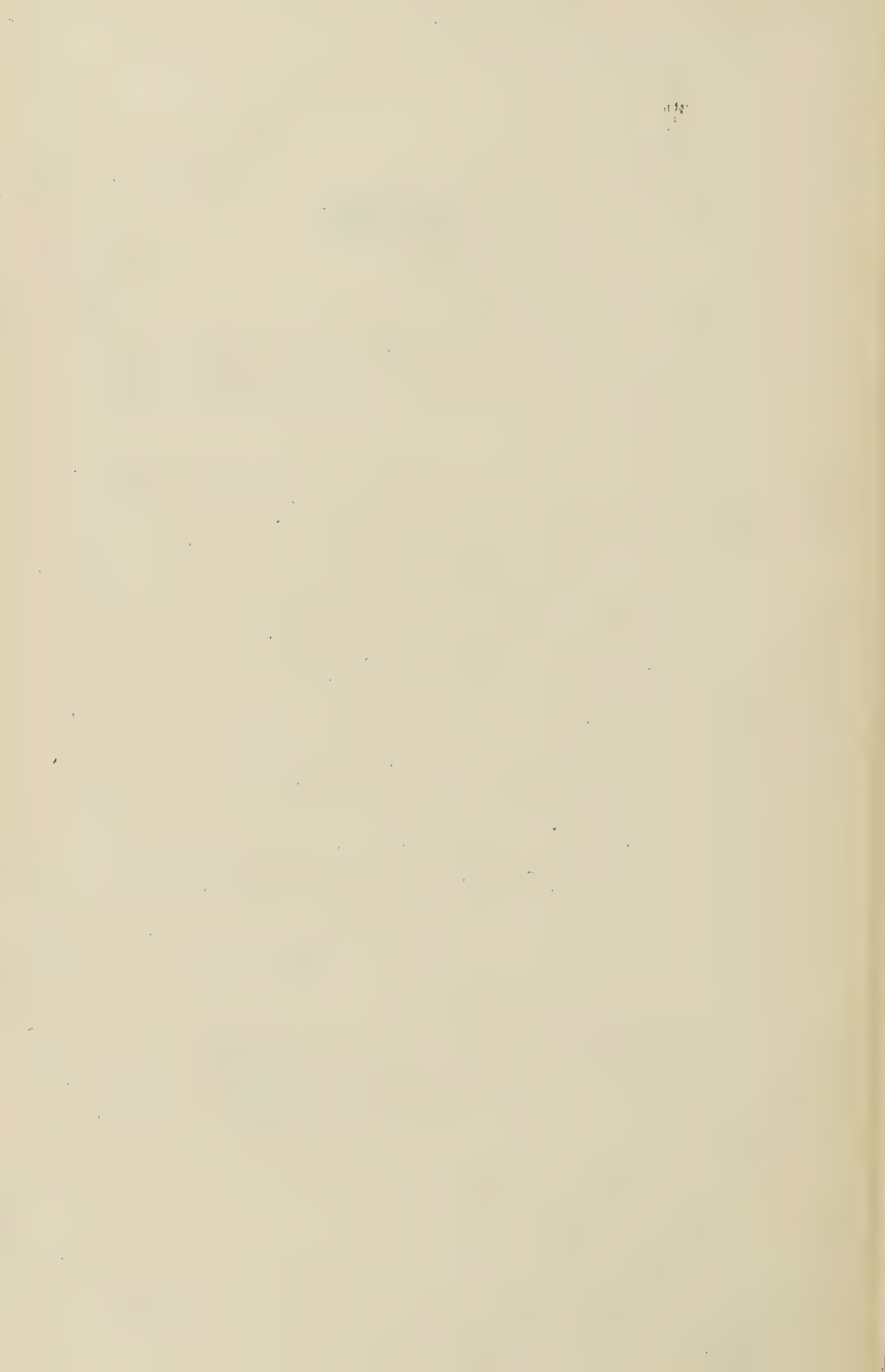
VI. — Le traitement de choix est l'incision avec marsupialisation : par voie lombaire ou péritonéale suivant le cas.

Pour les gros kystes péritonéaux on pourrait employer la suture sans drainage de M. Pierre Delbet.

Vu : Le Président de la Thèse,
TILLAUX.

Vu : Le Doyen,
P. BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD,



Bibliographie

1855. CHOPART. — Collection de cas de kystes à échinocoques (Méd. Times and Gaz.)
1859. RAYNAUD. — Kyste hydatique du rein (Bull. Soc. anat.).
1860. DAVAINÉ. — Traité des entozoaires.
1861. BISAUD. — Des hydatides des reins (Th. Paris).
1863. BILLARD. — Obs. d'hydatides des reins (Union méd.).
1864. LACROUZILLE. — Kyste hydatique du rein (Bull. Soc. Anat.)
— NIEDERHEN. — Hydatides rénaux expulsés avec l'urine (Bull. des Sc. Méd. du Luxembourg).
1865. O'BEDENHAR. — Kyste du rein pris pour un kyste du foie (Bull. Soc. Anat.).
1866. LEBERT. — Traité d'anatomie pathologique.
1868. DEMARQUAY. — Hydatides rendues par l'urèthre et provenant du rein gauche (Bull. Soc. de Chir.).
1869. LEBOUCHER. — Kystes nombreux du foie et des reins (Bull. Soc. Anat.).
1872. LONGUET. — Kyste hydatique très volumineux du rein gauche ; rupture ; mort. (Bull. Soc. Anat.).

1872. LONGUET. — Kyste hydatique du rein gauche (Bull. Soc. Anat.).
1874. DEFFAUX. — Kystes hydatiques uniloculaires du rein, du poumon et de la rate (Bull. Soc. Anat.).
- DUMONT-PALLIER. — Bull. et Mém. de la Soc. méd. des Hôpitaux de Paris.
- LAGET. — Kyste hydatique du rein gauche (Bull. Soc. Anat.).
1875. LÉVÊQUE. — Hydatides émises avec l'urine (Bull. de la Soc. Méd. de Reims).
- NEPVEU. — Archives gén. de médecine.
- SIMON. — Die echinococcus cysten der Nieren.
1877. BRODBURY. — Kyste hyd. du rein gauche traité avec succès par l'aspiration (Brit. Méd. Journal).
- NEISSER. — Die echinococcen Krankheit.
1878. BALDINI. — Volumineux kystes à échinocoques périrénal (Rev. Clin. di Bologna).
- GUINAUD. — Kyste hyd. du rein (Progrès méd.).
1880. HAN. — Transaction of pathological society of London.
1881. ROMESTAN. — Des kystes hydatiques des reins.
1882. BOINARD. — Kyste hyd. du rein et du foie, ponction, ouverture par le procédé de Récamier; lavages phéniqués. — Mort. (Progrès Méd.).
1883. WALTHER. — British Méd. journal.
- KIRMISSON. — Archives générales de Médecine.
1885. MADELUNG. — Beit. Mecklemburg, Aertze zur Litvre von der Echinococcus Krankheit.
- GUÉNAUD. — Kyste hydatique du rein.

1886. BOUILLY. — Enorme kyste hydatique du rein.
(Gaz. des Hôpit.).
- PÉAN. — Leçons de Chirurgie Cliniques, professées à l'Hôpital Saint-Louis.
- BRODEUR. — Intervention Chirurg. dans les affect. du rein.
- CLADO. — Progrès médical.
1887. BOECKEL. — Etude sur les kystes hydat. du rein au point de vue chirurgical (Th. Paris).
1888. LAPERSANE. — Kyste hydatique du rein gauche. Déchirure traumatique du rein et épanchement sanguin dans la cavité du kyste. (Bull. Soc. anat. Paris).
1889. LE DENTU. — Affect. Chirurgic. des reins et des uretères (Paris).
- SCHAVEN. — Hydatid. of the kidney (Australien méd. Gaz.).
- LEJARS. — Des kystes des reins. (Gaz. des Hôpitaux de Paris).
1890. LE DENTU. — Des kystes hyd. du rein (Gaz. des hôp. de Toulouse).
- SPLOPEMER et WALFLER. — Zwei cysten anciner beneglichen nier operit, Mitth. v. Ver. d. Ærzt in steiermark. Gratz.
1891. CHIBRET. — Kyste hyd. suppuré, (Bull. Soc. Anatom. Paris).
1892. NICOLL. — Daughters cysts from a hydatid of the kidney.
- POSTEMSKI. — Niphrectomia lombare per cysti da echinococco del rene sinistro, (Bull. de Acad. Méd. de Roma).
- WALLIS. — The surgical tractement of hydatid.

1892. HOUZEL. — Kyste hyd. du rein pris pour une tumeur solide de cet organe. Néphrectomie. Mort. (*Gazette Médic. Strasbourg*).
- HAMILTON. — Memorandum of a case of hydatid of the Kindney (*Ann. Journ. surgic. and. Gynec.*).
1893. KARCUSKY. — Ueber nieren echinococcus (*Deut. med. Woshen*).
- TARGINI. — Nephrectomia transperitoneal per cysti echinococco.
- POLLOSSON. — Trait. des kystes hyd. du rein, (*Lyon Médic.*).
1894. BRAILLON. — Des kystes hyd. du rein (*Th. Paris*).
- TURI et PISTOCHI. — Storia clinica di un caso di echinococco del rene alti (*Acad. des sc. in Ferrara*).
- TAENDLER. — Beitrag zur operation Behandlung Klein cystisches Nieren (*Th. de Würtzbourg*).
- DERMIGNY. — (*Th. Paris*).
1895. HILDEBRAND OTTO. — Kyst. hyd. du rein (*Presse méd*).
- PROTA. — Cysti da echinococco del rene sinistro incurabili (*Napoli*).
1896. LAFOURCADE. — (*Gaz. des Hôp.*).
- JACOBSON. — (*Bull. de la Soc. Anat. de Paris*).
- GALÉMIS. — Tumeurs paranéphrétiques (*Th. Paris*).
- DE GORSSE et MORET. — Kyste suppuré de la plèvre et des reins (*Bull. Soc. Anat.*).
1897. Bulletins de la Société de Chirurgie de Paris. Discussion sur les kyst. hyd. du rein.

1897. DE QUERVAIN. — Ueber der Fremdkörpertüber-
calore des Peritoneums bei unilokulären
echinococcus (Centralblatt für Chir.).
— NEWMANN. — Cases of cystic discare of the
Kidney (Glasgow méd. Journal).
— ROCHE. — Des localisations rares de l'échino-
coque (Th. Lyon).
1898. ROCHE. — Hydatides du rein (Ann. des Mal.
des Org. génito-urinaires).
— HOUZEL. — Revue de Chirurgie.
— LOUMEAU. — Deux cas de kyste hyd. du rein
(Ann. des Mal. des Org. gén. urin.).
1899. ALBARRAN. — Kystes hyd. des reins (in Traité
Le Dentu-Delbet).
— DELBET. — Leçons de clinique chirurgicale.
1900. FERVAL. — Des kystes hydatiques intrapérito-
néaux (Th. Paris).
1901. ALBARRAN. — (Bull. de la Soc. de chir. Séance
du 5 juin).



